FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

N° 563

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 22 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Michel WEILL

Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR LA FRÉQUENCE & LA VALEUR SÉMEIOLOGIQUE

DE LA

SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COU

AU

COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. GAUCHER, *Professeur.*

Juges : MM. LETULLE, *Professeur.*
WIDAL, *Agrégé.*
BROCA André, *Agrégé.*

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	N...
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agreges en exercice

MM.	MM	MM	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DEGREZ.	RICHAUD		WURTZ.
DUPRE			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin à l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Frappé de la fréquence de la syphilide pigmentaire du cou chez les femmes enceintes et du parti qu'on pouvait en tirer pour la seméiologie, M. Bonnaire, médecin accoucheur à la maternité de Lariboisière, chez qui nous avons fait notre stage obstétrical, nous a proposé de nous saisir de ces faits cliniques pour en faire notre sujet de thèse inaugurale.

Qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre vive reconnaissance, à la fois, pour l'intérêt tout particulier qu'il nous a témoigné en nous suggérant les principales idées pour l'objet de notre étude, pour la bienveillance avec laquelle il nous a prodigué son haut enseignement obstétrical et aussi avec laquelle il a mis à notre disposition, pendant deux ans, son service où nous avons recueilli presque la totalité de nos observations.

Nous nous faisons un devoir d'exprimer à M. le professeur Gaucher l'assurance de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de jury de notre thèse.

Nous gardons un souvenir plein de reconnaissance à la mémoire de feu M. Dreyfus-Brissac, dans le service duquel nous avons, en notre qualité d'externe, appris à faire nos premiers diagnostics.

Que MM. Thierry et Michon, chirurgiens des hôpitaux, chez qui nous avons été tour à tour externe à la consultation à la Pitié, veuillent bien agréer nos remerciements pour le précieux enseignement que nous avons tiré de leurs leçons et démonstrations chirurgicales.

Nous sommes heureux de pouvoir marquer notre reconnaissance à M. Duguet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, chez qui nous avons, dans notre troisième année d'externat, bénéficié de ses savantes leçons, témoins de sa profonde érudition et de sa subtile science clinique.

Après avoir tracé un succint historique concernant « la syphilide pigmentaire du cou », et après avoir résumé les données actuelles sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de la question encore pendante, nous consacrerons un plus ample développement à la « symptomatologie dans laquelle nous espérons, grâce à de nombreuses observations, apporter notre faible contribution à l'étude de la question qui traite » des rapports de la grossesse avec la syphilide pigmentaire du cou.

Puis glissant rapidement sur l'étiologie, le diagnostic et le pronostic dont l'étude ne nous intéresse pas directement, nous nous étendrons un peu plus longuement

sur le traitement, où nous pensons apporter par quelques observations un élément de plus, à la démonstration de la nature « *parasyphilitique* » de la syphilide pigmentaire du cou.

HISTORIQUE

La syphilide pigmentaire est restée longtemps inaperçue et ce n'est que en 1853 qu'on en trouve la première trace.

C'est à Hardy que nous devons la première description claire de la lésion, qui reçut de lui le nom pittoresque de *Collier de Vénus*.

Pillon, sous le nom de « Syphilis maculeuse du cou », lui donne une certaine importance et il montra dans sa thèse sur « les Exanthèmes syphilitiques » que son origine spécifique n'est pas douteuse.

Tanturri, en 1865, dans la *Gazette médicale* fait paraître un article : la *syphilis pigmentaire à fond jaune* où il nous donne une première notion d'histologie par l'examen microscopique des macules.

En Angleterre, elle a été étudiée par différents auteurs : Taylor, Atkinson, Drysdale, Cresswell qui cherchèrent à en expliquer la genèse. La divergence de leurs opinions indique suffisamment l'obscurité qui règne sur la question dont la pathogénie n'est pas encore complètement éclairée à l'heure actuelle.

A Vienne, Kaposi va même dans son « traité des maladies de la peau » jusqu'à nier la nature spécifique de la syphilide pigmentaire du cou.

En Allemagne, les quelques observations publiées à la même époque, c'est-à-dire en 1876, n'apportent guère de plus amples éclaircissements et il faut arriver jusqu'en 1881, pour voir le professeur Neisser, de Breslau, émettre une opinion nettement tranchée sur le mécanisme de la formation de la lésion cutanée. Dans son travail sur la *Leucoderma syphiliticum*, à en juger rien que par cette dernière appellation, il opine franchement pour la « dépigmentation » des téguments, origine première de l'affection, différent en cela des auteurs français qui voyaient alors en elle une résultante plutôt d'une accumulation de pigments, en particulier le professeur Fournier.

Bockart et *Riehl* ne font que confirmer plus tard cette théorie de la « dépigmentation ».

Alex. Halsund (Nordisks. medicinsk Archiv., 1885), étudie aussi une leucodermie syphilitique ; mais ce qui caractérise son travail, c'est qu'il a nettement indiqué le double processus d'achromie, et d'hyperchromie qui préside à la production du stigmate syphilitique si curieux.

Mauriac s'attache surtout à mettre en relief sa particulière fréquence chez la femme.

Enfin Fournier, dans son *Traité des maladies parasyphilitiques* et son étude spéciale de la *syphilis chez la femme*, nous en donne une magnifique description, et nous en trace un tableau clinique remarquable.

Le professeur Gaucher dans plusieurs articles parus dans le *Bullet. de Dermat. et syphiligr.*, sur la question qui nous occupe et sur le « Vitiligo » (*Revue de médecine*, décembre 1900), nous montre la part active qui revient au système nerveux troublé dans son fonctionnement par la toxine spécifique, dans la genèse de la lésion.

Barcat (*Thèse* de Paris, 1901) expose clairement l'état actuel la question considérée dans sa pathogénie.

Mais jusqu'ici nous n'avons envisagé au point de vue historique qu'un côté de notre sujet à savoir « la syphilide pigmentaire du cou » la question « grossesse » ayant été complètement passée sous silence.

C'est, qu'en fouillant la littérature médicale pour trouver un document relatant les rapports de ces deux côtés du problème, nous n'avons pu réunir que deux textes de date assez récente qui ont paru l'un en 1869 et l'autre en 1871, dans la *Revue photographique* de Paris et dont les auteurs sont Montmeja et Guibout.

Tous les deux en se basant sur des observations multiples ont pu se rendre compte que la grossesse imprime, à la pigmentation une accentuation telle, et une intensité telle, qu'ils ont jugé à propos de lui consacrer une étude spéciale.

Fiveiski dans une communication au Congrès de Moscou en 1890, abonde dans le même sens.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les deux études pathogéniques et histologiques dans l'espèce, étant trop connexes et trop intimement liées, nous avons crus légitimes de les réunir dans un même chapitre.

M. Hulleu, ancien interne de M. Thibierge, dans un long article paru dans les *Annales de Dermatologie* de 1903, et M. Barcat dans une *thèse* (1901), inspirée par M. Balzer, ayant nettement exposé la question au point de vue pathogénique, nous avons cru opportun, avant d'aborder le corps même de notre sujet, de nous reporter à leurs travaux dont nous allons esquisser les principaux traits maintenant.

Notons, en passant, que l'étude de la syphilide pigmentaire au cours de la grossesse, n'ayant jusqu'ici apporté aucun élément nouveau sur le mécanisme histologique de la formation de l'affection, force nous est de ne relater que les faits connus qui se rapportent uniquement à la « syphilide pigmentaire du cou » en général.

En France, on a longtemps admis, et quelques auteurs continuent à adopter cette opinion, entre autres le professeur Fournier, que les anastomoses du réseau seraient constituées par une abondance d'éléments pigmentaires, qu'elles résulteraient du fait d'une hyperactivité pigmentaire, mais qu'au contraire les îlots blancs auraient conservé la structure des téguments normaux.

En Allemagne, Riehl, Neisser et Bockart, et enfin dernièrement, Hjelmann, non seulement rejettent systématiquement l'association simultanée de la *pigmentation* et de la *dépigmentation*, mais encore se rattachent à la théorie de l'installation *secondaire* de l'affection à la suite d'une syphilide papuleuse ou d'une roséole *discrète*.

La question en était donc réduite à ces deux postulats, à ces deux données divergentes, quand M. Hulleu entreprit ses travaux si intéressants pour éclairer d'un jour nouveau la pathogénie de la lésion.

Il s'est appuyé dans ses investigations sur de multiples observations prises sur des malades chez lesquelles il a pour ainsi dire pu assister à la naissance et à l'évolution de la syphilide pigmentaire du cou, et voici les conclusions auxquelles il aboutit :

1° « La roséole du cou est bien plus fréquente que ne l'indiquent en général les auteurs (mais parfois si fugace qu'elle passe inaperçue pour des yeux non prévenus).

2° « Bien souvent (sinon toujours, ce que d'autres travaux nous apprendrons sans doute), la syphilide pigmen-

taire se produit en des régions auparavant atteintes de syphilides secondaires ou roséoles.

3° « La partie importante de la lésion, celle qui lui imprime des variations de forme, est la tache blanche achronique ou hypochronique. L'expérience du carton troué indiqué par le professeur Fournier est du reste d'une exactitude peu rigoureuse.

4° « Ces taches achromiques sont des reliquats de roséole ou de lésions secondaires organisées (papules syphilides miliaires), reliquats conservant le siège, la forme et les dimensions de leurs régions génératrices. »

Quand au réseau brun lui-même, il l'attribue à la prédisposition de la région cervicale pour des pigmentations de toute nature (spécifique, cachectique, phtiriasique).

Rien aujourd'hui ne nous permet encore d'indiquer d'une manière rigoureusement scientifique, d'une façon incontestée le processus de pigmentation intra-tégumentaire, la question étant encore à l'étude, en d'autres termes l'anatomie pathologique reste entourée des mêmes obscurités que la pathogénie, et il nous suffit d'ailleurs d'indiquer brièvement les opinions diverses qui partagent les auteurs.

Neisser, en 1883, qui voit dans la tache blanche la lésion principale, attribue la dépigmentation à la *prolifération des cellules actives qui repoussent vers l'épiderme les cellules pigmentaires.*

Lesser, Finger et Halsund ratifient cette assertion.

Ehrmann (1887) explique la dépigmentation par

l'*absence de cellules ramifiées chargées de transporter normalement le pigment des couches profondes vers la périphérie.*

Enfin Unna (1894), dans un travail récent, est d'avis (et avec lui Taylor et Maieff), que la *syphilide pigmentaire, définitivement constituée, est précédée d'une pigmentation diffuse en nappe, sur laquelle se développent plus tard les îlots clairs.* Car, chose curieuse, la syphilide pigmentaire n'apparaît presque jamais sur des peaux non pigmentées auparavant.

En France, Fournier (1881) (Traité de la syphilis chez la femme), la considère comme primitive, constituée uniquement par une pigmentation en réseau.

Ricord et Mauriac se rangent à cette opinion, et, jusqu'à ces derniers temps, la pluralité des auteurs français partageaient cette opinion.

Nous estimons enfin qu'Audry (de Lyon), a, dans ces derniers temps, jeté un nouveau jour sur l'étude histologique des taches (1890).

D'après lui, pas de lésions vasculaires de la peau ou de ces points ; filtration pigmentaire consistant en petits blocs, occupant la couche génératrice du corps muqueux de Malpighi, d'où teinte de sépia ; dans les papilles, blocs pigmentaires, ni infiltration inflammatoire ou cicatricielle.

Carnot, dans un travail de la même année, montre que les granulations pigmentaires prennent naissance dans des cellules spéciales et que c'est à l'hémoglobine qu'elles empruntent leurs éléments primitifs.

Que devons-nous conclure de la divergence de ces différentes opinions ?

Rien ne nous permet, jusqu'à présent, de nous prononcer définitivement ; il nous sera cependant permis d'incliner davantage vers la théorie qui fait de l'*achromie* la lésion originelle principale ; et nous avons été amené à cette préférence par les savantes recherches de Hjelmann, qui, à ce sujet, sont tout à fait édifiantes.

D'après ses patientes et minutieuses recherches, « les parties de la peau dépigmentées répondent aux mailles qui ont subi une grande désorganisation de leur structure dans les différentes couches : atrophie, dépression vergéturoïde, l'épiderme étant réduit à deux assises de cellules. »

Pour ce qui est de l'hyperpigmentation du cou, il est connu que de nombreux sujets ont cette partie du corps très pigmentée, et que si cependant on trouve une hyperchromie dont l'origine inflammatoire est attestée par les altérations vasculaires et l'infiltration leucocytaire, ce phénomène n'est ni constant, ni nécessaire à la production du « Collier de Vénus ». Hjelmann admet « qu'il y a paralysie de mélanoblastes et, partant, formation de taches leucodermiques ; et, d'autre part, dans le cas où l'on ne constate pas d'atrophie des téguments, au moins cliniquement, il s'expliquerait encore la formation des macules blanches par l'existence prolongée d'une papule antérieure ou l'irritation liée à une vaso-dilatation caractérisant la roséole, qui diminuent l'activité de la cellule génératrice du pigment ou l'abolissent pour un temps. »

SYMPTOMATOLOGIE

« Sous le nom « syphilide pigmentaire » on désigne une manifestation syphilitique consistant en des *bigarrures hyperchromiées*, lesquelles se produisent sur la peau sans avoir été précédées d'aucune autre éruption et lesquelles aussi dans l'énorme majorité des cas, se localisent curieusement sur une région spéciale à savoir le *cou*. »

C'est dans ces termes que le professeur Fournier, dans sa leçon d'ouverture sur les « maladies parasyphilitiques », définit la très intéressante lésion spécifique dont nous allons-nous occuper maintenant, au point de vue spécial, de ses caractères morphologiques et de son importance clinique chez les femmes enceintes.

Nous ne pouvions mieux faire pour donner une vue d'ensemble de la lésion, pour en tracer le tableau clinique de nous inspirer de la magistrale et lumineuse étude qu'en a fait le maître de Saint-Louis.

C'est une manifestation de la syphilis qui ne se révèle guère, sauf exception avant la période secondaire, le plus souvent au cours de la première ou de la seconde année, rarement au-delà.

L'affection, pour n'être pas exclusive à la femme, est cependant plus fréquente chez elle que l'homme. Pour le professeur Fournier, la lésion se développe originairement sous la forme qui lui est propre ; elle ne serait pas un reliquat ou un vestige pigmentaire, d'une éruption antérieure, non, c'est une affection pigmentaire *primitive*, une affection pigmentaire d'emblée qui *naît pigmentaire* comme elle doit le rester plus tard. Il se base, pour émettre cette théorie sur ce fait qu'on peut assister à son développement progressif et lent sur une peau préalablement saine. C'est une formation *autonome* de traînées maculeuses simplement, maculeuses sans association d'aucun élément éruptif. Née ainsi, sans douleurs, elle s'étend et s'accentue d'une façon assez rapide et on peut la dire constituée et parvenue à son stade définitif en l'espace de deux à trois septenaires.

Et voici comment elle se présente alors :

Une série de marbrures pigmentées grisâtres disposées sans ordre régulier les unes au voisinage des autres s'anastomosant le plus souvent et enclavant dans leurs mailles des ilôts de téguments restés sains.

Elle figure une espèce de réseau, de dentelle ou résillè à larges mailles. Les tâches qui constituent ce stigmate consistent en de simples macules pigmentaires apparaissant sur une peau parfaitement saine exempte de tout symptôme morbide, c'est-à-dire n'offrant, ni *rougeur*, ni *saillie*, ni *épaississement*.

C'est le masque de la grossesse, c'est le chloasma utérin transporté sur le cou, selon l'expression du professeur Fournier.

« Ces taches affectent la plupart du temps les formes de traînées, de marbrures des bandes pigmentaires qui prennent le plus habituellement une direction transversale ou légèrement oblique, elles sont plus ou moins confluentes ; et par leur variété des directions, elles arrivent à se rencontrer, à s'anastomoser, à s'enchevêtrer et c'est ainsi qu'elles arrivent à former l'espèce de réseau coloré dont les mailles emprisonnent des îlots de téguments sains. »

La teinte rappelle exactement celle du masque de la grossesse. Disons, tout de suite en passant, que celle-ci imprime au sigmate spécifique quelques modifications sur lesquelles nous reviendrons.

Les taches sont généralement grises bistrées, cendrées ; mais elles n'offrent pas toujours cet aspect, et depuis le gris terne jusqu'au gris foncé, brun, *nigricant*, elles *passent* alternativement par les différentes nuances intermédiaires. Une teinte qu'on retrouve fréquemment est celle de *café au lait*.

Mais, habituellement, elles ont le ton de la *crasse* « expression aussi correcte que naturaliste », comme le dit le professeur Fournier.

C'est là, du reste, une comparaison fréquente dans la bouche des malades ; « *elles ont pris cela pour des taches de saleté et, pour s'en débarrasser, elles sont allées, sans succès, se laver le cou.* »

Cette disposition aréolaire, on en résille, de la leucomélanodémie syphilitique, est presque spéciale et confère à ce signe une physionomie particulière.

Pour le professeur Fournier, les îlots blanchâtres, pris

d'abord pour une production pathologique de nature vitiligineuse, n'en ont que l'apparence.

Sans entrer dans les détails d'anatomie pathologique déjà étudiés, disons seulement que le professur étaie son opinion sur l'expérience de Tanturri qui, grâce à une feuille de papier troué qu'il appliqua sur la lésion, l'orifice correspondant à la partie claire, a montré qu'elle était de teinte identique à celle du reste du corps et, que, histoliquement, il a trouvé dans ces régions autant de pigment que dans les autres parties des téguments.

Quelle est, maintenant, brièvement résumée, la topographie de l'affection cutanée ?

Extrêmement fréquent sur le cou, elle y siège 29 fois sur 30.

Elle est là, symétrique et circulaire, contourne le cou à la manière d'une cravate, d'un collier, d'où son nom pittoresque de *Collier de Vénus*.

Elle est toujours plus foncée sur les parties latérales du cou que sur la ligne médiane.

D'autres fois, elle n'est que partielle ; de plus elle a une tendance à se propager dans les parties voisines sur les parties supérieures du thorax (région interscapulaire, région sous-claviculaire) une seule fois on l'aurait aperçu à la face.

Telle est, dans ses grands traits, la syphilide pigmentaire du cou classique.

Mais, à côté de ce stigmate spécifique à forme habituelle de *guipure* entourant le cou, il existe toute une serie de variantes, qui, tout en ressortissant au proto-

type décrit plus haut, s'en distinguent cependant par certain nombre caractères particuliers qui lui donnent une physionomie anormale, dont nous allons maintenant essayer de donner un aperçu. Et si nous nous attardons à ces détails de description qui ne rentrent pas directement dans notre sujet, c'est qu'il nous semble qu'on n'a pas jusqu'ici assez insisté sur la fréquence, relativement grande, avec laquelle nous les retrouvons dans la clientèle hospitalière.

Ainsi, au lieu de figurer des anastomoses capricieuses qui reproduisent le dessin d'une résille à larges mailles, le symptôme spécifique, se réduit à quelques taches colorées en brun, et disposées en *feuille de trèfle* ou affectent cette forme d'inflorescence spéciale appelée *corymbe*. D'autres fois, elle ressemble à un lacis formé par une série d'ω grecs qui se juxtaposent irrégulièrement par leur jambage ou s'accollent par leur côté arrondi. Enfin, une 3e variété qui n'est pas rare, est constituée par un ensemble de placards ou de bandes linéaires serpentant autour du cou, interceptant des espaces, des taches claires de tissus resté normal, donnant l'impression d'une peau *mouchetée ou zébrée*.

Si nous ne voyons pas, jusqu'ici, d'influence spéciale exercée par la gravidité sur la formation du phénomène, et tout particulièrement sur la morphologie externe, sa disposition aréolaire, en réseau, il n'en est plus de même pour l'apparition de la teinte qui, dans le cas de grossesse, subit quelques modifications intéressantes.

Montméja et Guibout ont déjà signalé, en 1869 et 1871, dans la *Revue photographique*, ces changements de la

coloration qui, pendant la gestation, s'accuse davantage devient plus sombre et vire fréquemment vers le brun foncé.

Nous avons pu vérifier à plusieurs reprises ces faits et nous avons à ce point de vue recueilli quelques observations :

Observation I (Personnelle).

Georgette C..., 27 ans, couturière, entre dans la clinique de M. Bonnaire, 3 décembre 1902.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Une bronchite à 10 ans.

Antécédents obstétricaux : VI pare, cinq enfants à terme, dont deux morts ; cause inconnue.

Entre actuellement pour une sixième grossesse, est à son cinquième mois de gestation. Aucun renseignement concernant une contamination quelconque de syphilis, son mari serait bien portant.

A l'examen, la peau présente rien de spécial, mais à la vulve des plaques muqueuses hypertrophiques, et enfin sur les côtés latéraux du cou, une série de placards, déchiquetés, disposés sans ordre régulier, mais frappant par la coloration *foncée*, *brune*, et qui ne laisse aucun doute sur sa nature spécifique de la lésion la malade a été elle-même intriguée de l'apparition de ses taches.

Observation II (Personnelle)

Eugénie Th..., 29 ans, entre le 8 janvier 1903, à la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Quelquefois des maux de gorge, à l'âge de 18 ans.

Antécédents obstétricaux : II pare.

Première grossesse. Fausse couche de trois mois.

son huitième mois ; a été soignée d'abord en ville, pour ses maux de gorge ; puis elle a éprouvé depuis quelque temps, des maux de tête assez violents, a perdu en grande partie ses cheveux, déclare en outre que son mari se soigne à Saint-Louis pour de « boutons qu'il a sur le corps. »

Entre actuellement pour sa deuxième grossesse qui en est à son 6e mois.

A l'examen, aucune éruption, pas de traces de l'infection spécifique décelable ; ni à la vulve ni ailleurs ; plaques muqueuses probables de la gorge soignées en ville et disparues ; mais raucité de la voix ; n'est pas tuberculeuse. Sur le devant de la gorge, tout un amas de taches sinueuses *très foncées*, et tranchant nettement sur un fond plus clair. La malade raconte qu'elle en a remarqué également sur la poitrine au commencement de la grossesse ; actuellement plus de traces.

Observation III (Personnelle)

Fanny B..., 22 ans, modiste, entre le 11 janvier 1903, à Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort de fluxion de poitrine, mère bien portante.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : III pare, deux avortements de quatre mois et demi.

Elle entre pour une troisième grossesse qui en est à son cinquième mois et aussi pour une pyélo-néphrite.

Absolument aucun renseignement en ce qui concerne la syphilis, n'a eu ni maux de tête, ni perte de cheveux, rien, n'était son ancienne fausse couche, ne permettait de soupçonner la vérole, et cependant tout autour du cou, un collier de Vénus « avec une intensité de teinte foncée » qui frappe la vue de loin.

Nous indiquerons plus bas comment et dans quel sens il nous faudra interpréter l'intervention de la grossesse dans cette hyperpigmentation de la syphilide maculeuse du cou quand nous aborderons la discussion de ce symptôme.

Voyons maintenant quels sont les rapports qui lient la syphilide pigmentaire du cou à l'état de gravidité ; et nous appellerons tout particulièrement l'attention sur la haute signification que peut acquérir ce signe eu égard à sa grande fréquence et à sa quasi-constance chez les femmes enceintes, et cela souvent à défaut de toute autre manifestation spécifique.

Les quelques mois de stage pendant lesquels nous avons passé en revue toutes les malades atteintes ou seulement soupçonnées de spécificité entrées dans la maternité de Lariboisière, mais aussi celles qui y firent leur entrée pendant les deux années consécutives jusqu'aujourd'hui, nous avons pu arriver à un résultat tel que nous croyons pouvoir, sans être taxé d'exagé-

ration, affirmer que la syphilide pigmentaire du cou est *fréquente*, *très fréquente* chez les femmes enceintes.

Nous nous sommes en outre livré à un travail de statistique, et grâce au concours bienveillant de la sage-femme en chef, Mme Orsat, de la maternité de Lariboisière, il nous a été permis d'indiquer un chiffre qui puisse nous donner approximativement un aperçu de la proportion *énorme* de la syphilide pigmentaire du cou au cours de la grossesse.

Sur 100 spécifiques enceintes, 72 présentaient indiscutablement le « collier de Vénus. »

Dans la thèse de Fisson (Lille, 1887), nous ne retenons d'une façon générale, le calcul s'appliquant à la fois aux hommes et aux femmes, que 23 p. 100 de spécifiques qui soient porteurs, de la syphilide pigmentaire.

La différence entre les deux résultats est suffisamment éloquente pour qu'il soit besoin d'invoquer d'autres arguments.

Voici d'ailleurs les multiples observations que nous avons recueillies pendant notre stage, et encore n'avons nous consigné que celles qui ne laissaient subsister aucun doute sur la nature du stigmate.

Observation IV (personnelle)

Jeanne A...., 38 ans, ménagère, entre le 9 janvier 1903, à la maternité Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Rien de particulier.

Antécédents obstétricaux : III pare.

Première grossesse en 1897 : accouchement prématuré, fille bien portante.

Deuxième grossesse en 1901 : fausse couche de 2 mois (deux mois après le premier accident spécifique, dit-elle).

Troisième grossesse : deuxième fausse couche de 5 mois 1/2, fœtus mort et macéré pesant 920 grammes, le placenta, 460 grammes.

La malade raconte qu'avant sa deuxième grossesse elle était forcée de garder le lit pendant un certain temps ; fut à ce moment couverte de boutons pour lesquels elle est allée consulter à Saint-Louis ; on lui prescrivit des pilules et du chlorate de potasse. Son mari fut soumis au même traitement et simultanément avec elle.

Actuellement, plaques muqueuses nettes du fond de la gorge, pilier droit ; maux de tête fréquents, condylomes ano-vulvaires très saillants et volumineux ; enfin, tout autour du cou, une belle syphilide pigmentaire empiétant un peu sur le thorax, avec prédominance sur les côtés du cou.

Observation V (personnelle).

Antoinette S..., 26 ans, femme de ménage, entre le 4 février 1903 dans le service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Père mort paralytique, mère bien portante.

Antécédents personnels : Un peu d'anémie dans son jeune âge.

Antécédents obstétricaux : II pare.

Première grossesse en 1899 : à terme, accouchement normal, enfant bien portant.

Deuxième grossesse, pour laquelle elle entre, au 8e mois.

A toujours eu une bonne santé jusqu'ici, et rien dans son interrogatoire qui puisse révéler la vérole.

A l'examen, on est d'abord frappé par l'excès du volume de son ventre ; on constate de l'hydramnios. Quelques traces de boutons pour lesquels elle est allée consulter à Saint-Louis, où on lui prescrivit de la pommade à l'oxyde de zinc,

A la lèvre, à la commissure labiale droite, une fissure ; a les caractères d'une rhagade ; rien aux parties génitales externes. Autour du cou, une série de marbrures grisâtres s'enchevêtrant et dessinant nettement un réseau à larges mailles. (Disons en passant qu'ici encore la malade s'est inquiétée de cette *malpropreté* persistante.)

Observation VI (personnelle).

Joséphine B..., 22 ans, fleuriste, entre le 22 janvier 1903 à la clinique de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : A 13 ans, ostéomyélite de la clavicule droite.

Antécédents personnels : II pare.

En 1901, première grossesse : à terme, fille bien portante.

Deuxième grossesse, la grossesse actuelle : accouchement prématuré, fœtus mort, macéré 7 mois 1/2, pesant 1.970 grammes et placenta 570 grammes.

Vers le 5e mois de sa grossesse, a été intriguée par une ulcération du volume d'une pièce de 50 centimètres aux parties génitales externes ; depuis deux mois, céphalagie violente.

A l'examen du corps, belle roséole ; et n'était ce dernier renseignement, on pourrait prendre l'érosion vulvaire, qui n'est qu'une plaque muqueuse hypertrophique, pour le reliquat

d'un accident spécifique primitif; car elle lui ressemble beaucoup.

Enfin, sur les flancs du cou, manifestation indubitable de la diathèse spécifique représentée par des marbrures brunes alternant avec des taches plus claires qu'elle circonscrivent nettement.

Observation VII (personnelle).

Louise P..., 20 ans, couturière, entre le 12 décembre 1903 à Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Un peu de dysmenorhée.

Antécédents obstétricaux : Primipare.

Accouche, dans le service, d'un fœtus mort et macéré pesant 1.510 grammes et le placenta 650 grammes, « donc à peu près la moitié ».

Rien dans son passé qui paraisse dénoter la contamination syphilitique ; n'a jamais eu de boutons sur le corps ni aux parties génitales externes. Son mari paraît bien portant.

Mais au cou une pigmentation typique qui enserre le cou à la manière d'une cravate ; c'est-à-dire émaillure, bigarrures et taches claires circinées alternant irrégulièrement, le tout ressemblant assez à une surface fraîchement peinte sur laquelle le doigt, après application, aurait laissé son empreinte. Et ici, rien que ce *collier* pour faire soupçonner la syphilis corroborée par la fausse couche que nous avons relevée dans le passé de cette femme.

Observation VIII (Personnelle).

Albertine S..., 29 ans, infirmière, entre le 13 décembre 1902 dans la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'une fièvre typhoïde, père bien portant.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : III pare.

Deux premières grossesses à terme, rien de particulier. Entre pour troisième grossesse, fait une fausse couche de cinq mois. Poids du fœtus, 670 grammes, placenta, 280 grammes, un peu plus que la moitié, par conséquent.

A l'interrogatoire, on obtient aucun élément de diagnostic rétrospectif de la syphilis, son mari paraît bien portant.

A l'inspection, peau saine, normale, mais plaques muqueuses vulvaires très nettes ; enfin, un collier de Vénus très apparent, toujours constitué par de larges anastomoses qui délimitent par place des espaces clairs.

Observation IX (Personnelle).

Jeanne P..., 23 ans, couturière, entre le 1er décembre 1904 au service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Paralysie infantile à trois ans avec complication de pied-bot invétéré.

Antécédents obstétricaux : II pare.

Première grossesse à terme ; deuxième grossesse pour laquelle elle entre, y fait une fausse couche de cinq mois, le

fœtus pesant 680 grammes, le placenta et membranes, 280 grammes.

Rien à l'interrogatoire, mais l'examen direct permet de constater à la lèvre supérieure, une ulcération dont la base est indurée ; sur la face et le tronc des éléments papuleux avec des traces de roséole sur les côtés latéraux du cou, mais surtout en regardant à jour frisé une pigmentation jaunâtre assez discrète, mais qui, par sa forme et sa disposition aréolaire, tend à s'acheminer vers le réseau classique.

Observation X (Personnelle).

Marguerite B..., 27 ans, femme de ménage, entre le 15 décembre 1902, à la maternité Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : V pare.

Trois premières grossesses à terme ; la quatrième, fausse couche en ville, fœtus mort et macéré ; la cinquième grossesse, grossesse actuelle, accouchement prématuré de 8 mois, enfant mort-né pesant 2.310 grammes, placenta 660 grammes, père différent pour les deux dernières grossesses.

La paturiante prétend ne jamais avoir été sérieusement malade ; ne s'est jamais aperçue d'aucun bouton ni ulcération, et nous paraissant assez soucieuse de sa santé et soigneuse de son corps, son témoignage n'est pas suspect à ce point de vue.

Actuellement, en plus de ces deux témoins des méfaits de la syphilis, nous voulons dire ces deux fausses couches consécutives, un magnifique *collier* s'accusant nettement sur les côtés du cou, et envahissant un peu l'épaule gauche.

Observation XI (Personnelle).

Eugénie L..., couturière, entre le 15 janvier 1903, à la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort tuberculeux, mère bien portante.

Antécédents personnels : A eu la coqueluche a cinq ans.

Antécédents obstétricaux : III pare.

Deux premières grossesses à termes, mais les deux enfants morts aux âges de un à deux ans, l'un de méningite tuberculeuse, l'autre de convulsions. Actuellement entre au service pour troisième grossesse, accouche d'un enfant mort-né, à terme.

Malade raconte que depuis deux ans elle est sujette à des maux de tête violents, qu'elle tâchait vainement d'apaiser au moyen de l'antipyrine.

Actuellement, elle présente des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques et aussi des syphilides secondaires bucco-pharyngées ; autour du cou, une manifeste syphilide pigmentaire, dont les anastomoses présentent des bords crénelés et déchiquetés.

Observation XII (Personnelle).

Pauline P..., infirmière, entre le 2 février 1903 à la clinique Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : IV pare.

Première grossesse à terme, enfant mort à 4 ans 1/2 ; deuxième grossesse à terme, fille morte à 3 ans, cause incon-

nue ; troisième grossesse se termine par fausse couche de 6 mois 1/2 ; elle entre pour sa quatrième grossesse, fait encore fausse couche de 6 mois 1/2, même père pour les quatre grossesses.

Malade ne dit jamais s'être aperçu d'aucun érosion ou bouton sur le corps ; parties génitales externes saines également. N'accuse depuis quelques mois, que quelques maux de gorge passagers mais qui guérissent vite parfois sans traitement.

Est déjà venue à la maternité pour sa première fausse couche, et depuis ce temps, elle revient se faire traiter hebdomadairement par piqûres d'huile grise.

A l'examen du cou, on aperçoit une série de marbrures grisâtres dont l'enchevêtrement dessine un magnifique *collier*.

Observation XIII (personnelle).

Emilie C..., âgée de 29 ans, buraliste, entre à la maternité de Lariboisière, le 14 février 1903.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : IV pare, 3 premières grosesses à terme, et enfants bien portants.

Elle entre pour la quatrième grossesse, accouche d'un enfant mort et macéré, pesant 2.350 grammes, placenta 530 grammes, même géniteur mâle pour les quatre grossesses, mais bien portant, dit-elle.

Elle-même n'a jamais été bien malade ; pas trace de spécificité dans l'interrogatoire. Aucun aveu à ce sujet, il nous reste pour l'affirmer, cependant, et c'est incontestable, une série de tâches couleur *café au lait* sur les parties latérales du cou qui corroborent amplement notre diagnostic de spécificité déjà évoqué par l'accouchement prématuré d'un enfant mort-né, sans autre cause apparente, le placenta présentant, en outre, cet

aspect pâle et décoloré qui se retrouve si fréquemment dans la syphilis.

Observation XIV (personnelle).

Eugénie C.... 26 ans, rentre le 29 janvier 1903, service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : II pare, première grossesse en 1898, à terme, fille bien portante.

Deuxième grossesse pour laquelle elle entre, fait une fausse couche de 6 mois et demi, fœtus pesant 1.100 grammes, placenta 400 grammes.

La malade prétend n'avoir été jamais contaminée, n'a jamais présenté d'éruption d'aucune espèce, son mari, lui, se soigne cependant à Saint-Louis.

A l'examen de la vulve : reliquat probable de plaques muqueuses, mais sur le cou et à jour frisé, une pigmentation jaunâtre, particulièrement à gauche, simulant, cette fois, la forme d'une virgule, et il faut regarder avec beaucoup de soins pour les apercevoir, mais, certes, n'échappent avec un jour convenable.

Observation XV (personnelle).

Jeanne B..., 30 ans, entre le 15 janvier 1903, maternité Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : Primipare, elle entre à l'hôpital quand elle est déjà en travail, accouchement prématuré de 7 mois et demi, fille meurt quelques minutes après naissance, et présente sur face palmaire des mains du pemphigus, elle pèse 2.020 grammes, placenta 420 grammes.

Ne se rappelle pas avoir jamais eu d'ulcérations ou de boutons, soit sur le corps ou aux parties génitales extérieures, mais présente des taches pigmentaires très nettes du cou. A droite, des espaces clairs se détachant sur un fond jaune foncé, et affectant la forme d'un cœur de carte à jouer.

Observation XVI (personnelle).

Berthe L..., 21 ans, entre au service de M. Bonnaire, le 12 février 1903.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Rien de spécial.

Antédents obstétricaux : I pare.

Accouche d'un enfant vivant pesant 1.170 grammes et présentant des bulles de pemphigus sur face palmaire des mains et à la plante des pieds, placenta pesant 430 grammes.

Sur le corps de la malade des tâches et aussi des éléments éruptifs de couleur *cuivrée, jambonnée*.

Pas de plaques muqueuses, ni alopécie, mais des ganglions sous-maxillaires et sous-occipitaux ; et, enfin, au tour du cou, une série de traînées brunes, émaillées de quelques points dépigmentés. Enfin, lochies fétides.

Observation XVII (personnelle).

Marie M..., 20 ans, entre à la maternité Lariboisière, le 13 février 1903.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Laryngite depuis le 30 décembre 1902.

Antécédents obstétricaux : Primipare (elle entre au service pour cette première grossesse qui en est au cinquième mois.

La malade est donc atteinte de laryngite s'accompagnant d'aphonie. On lui a fait déjà un traitement local, pour cela, sans résultat en ville. Puis, à la suite de cela, apparition d'une éruption abondante de boutons pour laquelle elle va consulter à Saint-Louis, y est admise ; elle y est traitée avec des pilules et des piqûres, sort au bout de trois semaines de traitement. Mais la laryngite a persisté.

Actuellement syphilide commissurale des lèvres, plaques muqueuses très nettes de la gorge, gros ventre en disproportion avec l'âge de la grossesse, léger hydramnios, et enfin, très belle syphilide pigmentaire du cou.

Observation XVIII (Personnelle.)

Sophie P..., 28 ans, entre le 14 février 1903 à la maternité, de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : IV pare. Deux premières grossesses à terme, mais enfants morts à trois et quatre ans de mé-

ningite ; puis deux fausses couches chacune de six mois ; mais un père différent pour les deux dernières grossesses.

Actuellement à peu près au troisième mois de la grossesse ; souffre de la gorge ; perd peu à peu ses cheveux, pas d'autre trace de syphilis ; mais, un collier de Vénus très net avec prédominance sur les côtés latéraux du cou, à présent la malade vient chaque semaine à la clinique, y suit son traitement au moyen de piqûres à l'huile grise.

Observation XIX (Personnelle.)

Laure J..., 25 ans, entre le 2 mars au service de M. Bonnain.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : II pare, première grossesse en 1901 accouchement prématuré ; enfant mort et macéré. Pas de fausse couche auparavant. Entre pour une deuxième grossesse qu'elle a mené à terme ; enfant vivant pesant 3.500 grammes, placenta 600 grammes.

La malade se plaint de la présence, aux aines, de glandes qui la gênent pendant la marche ; depuis deux ans sujette à des maux de tête revenant par intermittence et vers le soir, ne s'est cependant pas soignée ; fut atteinte d'une éruption pour laquelle non plus elle ne consulte pas. Son mari serait bien portant.

Actuellement, des traces d'une ancienne dermatose, mais dont le diagnostic rétrospectif est impossible, mais ce qui est frappant c'est une belle syphilide pigmentaire du cou ayant tous les caractères classiques décrits.

Observation XX (Personnelle.)

Fanny B..., 25 ans, couturière, entre le 6 mars 1903 dans le service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Pére mort d'un cancer, et mère morte ataxique.

Antécédents personnels : Rien de particulier.

Antécédents obstétricaux : V pare, deux avortements et deux accouchements prématurés ; entre pour une cinquième grossesse de 6 mois.

La malade raconte n'avoir jamais été atteinte d'aucune affection sérieuse ; avoue cependant s'être aperçu d'un bouton aux parties génitales quelque temps après son mariage, mais n'y a pas attaché d'importance, ne s'est donc jamais soignée ; a eu le corps couvert de boutons qui ont disparus spontanément.

Avoue avoir remarqué les mêmes lésions chez son mari, elle vient pour la première fois à Lariboisière.

Actuellement rien de spécial à la vue ; on est frappé par le volume excessif de son abdomen certainement en disproportion avec l'âge de la grossesse ; la malade, qui a en outre souffert de maux de gorge, n'offre plus rien de particulier à noter, la gorge paraissant normale ; mais un signe qui n'échappe pas, c'est le collier de Vénus quand on prend la précaution de regarder à jour frisé.

Observation XXI (Personnelle.)

Louise J..., 27 ans, fleuriste, entre le 18 mars 1903 au service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Quelques bronchites à répétition aux saisons froides.

Antécédents obstétricaux : Primipare, a senti remuer à quatre mois et demi ; actuellement au sixième mois de sa grossesse.

La malade se rappelle parfaitement de l'atteinte première de la syphilis ; chancre induré, diagnostiqué en ville, fin 1901 : depuis alopécie en clairière, et céphalalgie subintrante.

Actuellement, plaques muqueuses vulvaires et buccales sur piliers droit du voile palatin. Expulsion le 22 mars d'un fœtus mortel macéré pesant 290 gr., placenta 200 gr., donc presque même poids que pour le fœtus et les annexes.

On a soumis la malade au traitement par sirop de Gibert ; quelques taches brunes sur le cou mais nécessitant un examen assez minutieux pour être décelées ; mais pas de doute sur leur origine spécifique.

Observation XXII (Personnelle.)

Marie L..., 24 ans, journalière, entrée le 8 mars 1903 à la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort à la suite d'une fièvre intermittente, mère bien portante.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : IV pare. trois premiers accouchements à terme, enfants vivants bien portants.

Entre pour quatrième grossesse qui est à terme ; même père pour les quatre grossesses.

Aucune indication à l'interrogatoire qui puisse fournir un élément de diagnostic de syphilis.

Actuellement, rien de particulier sur le corps, mais à la région perinéale, des condylomes et aussi des plaques muqueuses vulvoires ; sur le cou cependant, quelques taches disséminées

en feuille de trèfle, la malade est soumise au traitement, elle prend du sirop de Gibert.

Observation XXIII (Personnelle.)

Marie P..., 27 ans, domestique, entre le 4 mars 1903, service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Chlorose à 18 ans.

Antécédents obstétricaux, IV pare, 3 grossesses à terme enfants vivants, bien portants.

Accouche en ville d'un fœtus mort et macéré.

La malade raconte que, depuis le mariage avec son second mari, elle est moins bien portante qu'avant, que son mari était sujet à des maux de gorge et qu'il est souvent couvert de bouton ; elle-même ne s'est vu atteinte d'aucune de ces affections, pas d'autres traces de syphilis, si ce n'est qu'on constate une belle syphilide pigmentaire du cou ; depuis cette consultation, elle revient à l'hôpital pour subir ses piqûres hebdomadaires d'huile grise.

Observation XXIV (Personnelle.)

Catherine S..., 29 ans, cuisinière, entre le 18 mars 1903, à la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Rhumatisme articulaire aigu à répétition, rétrécissement mitral.

Antécédents obstétricaux : II pare, première grossesse, accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant mort.

Deuxième grossesse, grossesse actuelle, a senti remuer à

4 mois 1/2, est à son cinquième mois de grossesse, mais depuis trois semaines ne perçoit plus mouvement actif.

A l'interrogatoire, on suspecte la syphilis, car elle a eu un bouton aux petites lèvres ; mais plus de trace aujourd'hui, et c'est tout comme renseignement.

Actuellement, on est frappé par l'hydramnios, et par une syphilide maculeuse du cou avec sa forme aréolaire, couleur café au lait.

Observation XXV (Personnelle.)

Louise R..., 22 ans, ménagère, entre le 11 juillet 1903, dans le service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Père mort d'un anévrysme de l'aorte, mère bien portante.

Antécédents personnels : Pleurésie à 18 ans.

Antécédents obstétricaux : I pare, elle entre au service pour cette première grossesse, accouche prématurément à 7 mois, le 12 juillet, d'un enfant mort et macéré, pèsant 1030 grammes et le placenta 330 donc le 1/3 à peu près.

A l'interrogatoire, on obtient les renseignements suivants : elle aurait eu, à 22 ans, quelque temps après son mariage, une excroissance, dit-elle, à la grande lèvre droite, mais qui sans soins consécutifs aurait disparue deux mois après, puis survient quelque temps après une éruption « comme de la rougeole », dit-elle, et c'est tout ; son mari n'aurait eu d'autres indispositions que de l'angine, de maux de gorge à répétition.

A l'examen direct ; rien sur son corps ne paraît dévoiler la syphilis ; mais enfin quelques ganglions, mous, mobiles rétro-occipitaux. Quant au collier de Vénus, c'est peut-être le seul que nous ayons vu marqué que d'une façon discrète. Il est représenté par quelques traînées maculeuses, et qu'on ne distingue bien que par jour frisé.

Observation XXVI (Personnelle.)

Mélanie T..., 21 ans, couturière, entre le 4 juillet 1903, à la Maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort de fièvre typhoïde, mère bien portante.

Antécédents personnels : Abcès multiples à la cuisse gauche et au cou à l'âge de 19 ans.

Antécédents obstétricaux : II pare, première grossesse; avortement de 6 mois, deuxième grossesse celle pour laquelle elle entre ; consultait deux mois auparavant pour éruption à Saint-Louis, on lui donne sirop de Gibert ; actuellement vient à la consultation d'accouchement ; elle est à son cinquième mois de la grossesse, on constate mort du fœtus.

A l'interrogatoire, aucun aveu de contamination syphilitique, son mari serait également bien portant ; enfin, elle dit même que depuis 15 jours, elle ne sent plus remuer.

A l'examen direct quelques vagues papules sans caractère spécifique ; mais à la vulve plaques muqueuses hypertrophique ; et enfin au cou, un assemblage de taches dont ni la couleur ni la forme polycyclique circinée ne laissent subsister de doute sur leur nature spécifique.

Observation XXVII (Personnelle.)

Emilie Ch..., 36 ans, journalière, entre le 8 mai 1903, à la Maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : VI pare, les 5 premières grossesses toutes à terme, reste 3 enfants vivants bien portants, 2 morts de méningite.

Elle entre pour une sixième grossesse, en est à son 8e mois, fait un accouchement prématuré de 7 mois 1/2 d'un enfant vivant, pesant 2.200 grammes, mais atteint de coryza au bout de quelques jours et présentant du pemphigus plantaire ; placenta 550 grammes. Père différent pour les deux derniers enfants.

A l'interrogatoire, rien de positif en ce qui la concerne, elle, mais son mari se soigne depuis un an à Saint-Louis, où on lui donne des pilules et un gargarisme, cela nous suffisait.

A l'examen, aucun stigmate syphilitique sur le corps, mais plaques muqueuses de la gorge et un collier de Vénus typique.

Observation XXVIII (Personnelle)

Madeleine P..., 18 ans, domestique, vue pendant un remplacement vers le mois de mai 1904.

Antécédents héréditaires : Nuls (père et mère morts, cause inconnue).

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : Primigeste.

La malade vient consulter, pour une autre affection, pour une douleur dans le ventre. Suspension des règles depuis quatre mois, dit-elle, picotement des seins ; mais ici, dès qu'elle se dévêtit, dans notre cabinet, et particulièrement le cou, on est frappé par la présence sur tout le pourtour de ce dernier, d'une collerette, d'un collier d'une netteté rare, et nous nous disions qu'il n'y avait que la grossesse qui puisse si distinctement, si bien faire « sortir » la pigmentation aréolaire. Puis au moment où nous allons faire le toucher, une série de plaques muqueuses volu-

mineuses hypertrophiques, au point de gêner l'introduction du doigt ; au toucher on constate très nettement cette mollesse spéciale du vagin et surtout du col légèrement déhiscent en rapport avec une grossesse en évolution ; plus de doute, étant donné concordance des autres symptômes sympathiques sur la réalité de la gravidité.

Elle nous fait d'ailleurs des aveux au sujet du géniteur mâle qui aurait eu un bouton à la verge quelques mois auparavant.

Telles sont les nombreuses observations dont nous aurions pu allonger la liste, que nous avons prises dans le court espace de temps de nos trois mois de stage. Elles sont variées, comme on a vu ; en effet, tantôt on retrouve, concomitamment avec le « collier de Vénus », d'autres stigmates de syphilis, telles les roséoles, les plaques muqueuses, ou de l'alopécie ; tantôt pas d'autres manifestations spécifiques que des fausses antérieures ou contemporaines à la lésion ; tantôt rien en dehors de l'affection cutanée ; et ce sont à coup sûr celles-ci qui sont les plus intéressantes ; mais nous y reviendrons plus bas.

« L'organisme, a dit Tarnier, est profondément modifié par la grossesse, et la science enregistre chaque jour de nouveaux faits qui font supposer que chez la femme enceinte il n'y a peut-être pas une fibre, une seule goutte de liquide qui n'éprouve quelque modification. »

Eh bien ! il y a dans l'organisme de la femme un élément anatomique qui subit au premier chef l'influence indiscutable de la grossesse, cet élément, c'est le pigment organique. Il semble, en effet, que le fait de l'imprégnation, de la fécondation ovulaire, ait pour effet de mettre en branle tout ce système, cette

réserve de molécules pigmentaires, soit en mobilisant les corpuscules pigmentaires de l'organisme en général, soit en stimulant son activité pour la prolifération de ces éléments organiques.

Il est en effet surprenant d'assister, aussitôt la grossesse commencée, à ce phénomène si bizarre de la mise en évidence du pigment organique qui paraissait sommeiller jusqu'alors dans l'intimité des tissus ; et, pour ne prendre qu'un exemple, citons la ligne blanche qui, peu à peu, cessant d'être une curiosité de dissection ou d'histologie, se colore, se brunit et devient apparent sous la forme d'une traînée linéaire foncée, s'étendant depuis le pubis jusqu'à l'ombilic et parfois au-delà.

Ce signe, qui n'a pas échappé aux auteurs, a une réelle importance pour le diagnostic de la grossesse, et même quelques-uns d'entre eux, Depaul et Dubois en France, William, Hunter, Smelli et Montegomery, n'hésitent pas à ranger ces phénomènes de pigmentation parmi les signes de certitude, et pour preuve, il nous suffira de relater le fait suivant arrivé à William Hunter qui l'aurait confirmé dans sa manière de voir. Il s'agissait du cadavre d'une femme, et dont la teinte foncée brune de l'aréole du sein frappait le célèbre accoucheur, et lui fit porter le diagnostic de *femme enceinte*, un élève surprenant tout à coup l'intégrité de l'hymen, le lui fit remarquer, mais le professeur n'en persistait pas moins dans son diagnostic qui fut confirmé par l'ouverture du ventre et de l'utérus, ce dernier contenant un produit de conception. Nous avons signalé ce fait pour souligner l'importance seméiolo-

gique de la pigmentation en général pendant la grossesse.

Eh bien ! Si cette pigmentation de certaines régions du corps, qui est presque constante pendant la gestation, affecte avec elle des rapports de cause à effet, nous pouvons dire que la grande fréquence de la syphilide pigmentaire du cou, au cours de la gravidité, n'est pas elle non plus un effet de pur hasard, et que il doit y avoir dans ce fait une relation directe de causalité dont nous allons essayer de donner une idée.

Et ici, pour développer notre argumentation, qu'on veuille bien nous excuser de risquer, malgré notre inexpérience, une opinion, que, pour téméraire qu'elle puisse paraître, nous demandons la permission d'exposer.

En présence de ces deux phénomènes, l'un consistant en une hyperpigmentation en général sur des régions déterminées pendant la grossesse, et l'autre résidant dans l'apparition si fréquente de la syphilide pigmentaire du cou, au cours de cette même grossesse, un rapprochement de causalité ne pouvait manquer de s'imposer à notre esprit.

N'est-il pas, en effet, admissible qu'une même influence intervienne dans la genèse de ces deux faits cliniques ?

Quoi d'impossible à ce que l'organisme féminin, que la fécondation semble doter de ce pouvoir si particulier de rendre apparent, de faire surgir, à la surface des pigments organiques cachés jusqu'alors dans l'intimité des tissus, quoi d'impossible à ce que ce même organisme agisse par sympathie à la même manière d'un

véritable *révélateur* sur la syphilide pigmentaire du cou ?

Il semble, au contraire, tout naturel que ce signe si caractéristique au cours de la vérole, fut pour ainsi dire tout désigné à être mis davantage en lumière par la grossesse. On dirait qu'il existe une affinité toute particulière, une harmonie spéciale entre le Collier de Vénus et l'état de gravidité.

Mais, qu'il nous suffise, pour donner encore plus de poids à notre raisonnement, de rappeler ces phénomènes si curieux de la grossesse qui consistent tantôt en une hyperchromie de la ligne blanche déjà citée, de l'aréole des seins et de la face externe de la grande lèvre ; ou bien encore que dire des cicatrices, qui, de blanches qu'elles étaient, revêtaient peu à peu un aspect brunâtre ou foncé ? N'assistons-nous pas à cette transformation si intéressante de l'hypertrophie des nævi, accompagnée de l'*hyperpigmentation* ; et tout cela sous je ne sais quelle influence mystérieuse ? car on n'en est encore réduit qu'aux hypothèses, au sujet de la pathogénie de ces faits :

(Reflexes nerveux Raymond).

« Il est facile de concevoir, dit le professeur Raymond, « qu'une influence trophique mise en jeu par un acte « réflexe à point de départ variable ou directement par « la lésion d'un centre nerveux encore *inconnu* ira pro- « voquer l'hypertrophie générale ou partielles des cel- « lules pigmentaires. »

« Et, continue-t-il, si cette hypothèse est exacte la « pigmentation dans la grossesse résulterait d'une per-

« turbation apportée dans la formation chromatogène « par une irritation du sympathique abdominal qui re- « tentit par voie reflexe, sur le ou les centres nerveux « préposés à la régulation de cette fonction.

« Il est évident que l'état de la gestation provoque « dans l'organisme un grand nombre de réactions nerveu- « ses qui ont pour point de départ les *plexus utérins* ; « il n'est donc pas étonnant qu'on observe également « des troubles dans l'innervation des chromatablastes en « même temps que les reflexes variés, qui portent parti- « culièrement sur le système sympathique. »

Comme on le voit, le système nerveux intervient encore ici dans la distribution du pigment organique et en particulier des cellules chromatogènes ; et on voit aussi combien sont complexe ces phénomènes provenant d'une perturbation du système nerveux dont l'origine première pourrait bien être mise sur le compte de l'auto-intoxication gravidique.

Et si l'on concéde ce rôle d'agent actif de l'hyperpigmentation chez la femme enceinte, à l'auto-intoxication gravidique, par l'intermédiaire du système nerveux, nous n'en comprendrons que mieux l'apparition si fréquente de la syphilide pigmentaire du cou en cours de la grossesse, si l'on se rappelle qu'un autre facteur d'intoxication, à savoir la *syphilis*, suffit à lui seul de provoquer ce stigmate maculeux si curieux.

Encore fois, nous n'avons fait qu'émettre une pure hypothèse, qui peut-être n'est pas invraisemblable, mais que nous nous empressons de livrer à la haute compétence de nos maîtres.

Après nous être pénétré de l'importance de ce stigmate de la vérole au cours de la grossesse par ce seul fait de sa fréquence, il nous reste maintenant à appeler l'attention sur la signification semeïologique de ce signe non moins considérable, qu'il tire de son existence souvent isolée sur le corps des femmes enceintes à défaut de toute autre manifestation spécifique.

Nous ne sommes ici que le fidèle interprète de la conception de M. Bonnaire à ce sujet, sur les conseils de qui nous avons, pendant deux ans, orienté nos investigation dans ce sens et nous croyons être arrivés à des résultats suffisamment probants pour que nous ayons cru utile de les consigner dans notre thèse.

Avons-nous besoin d'insister si nos observations traduisent la réalité des faits, ce que nous supposons, sur l'intérêt tout particulier qui s'en dégage ?

Grâce à ce signe, le diagnostic de syphilis peut souvent être assez précocement établi pour qu'une intervention opportune et pas trop tardive préserve la mère d'accidents ultérieurs, lui permettra de mener une grossesse à terme et sauvegardera l'avenir obstétrical de la femme.

Eh bien ! maintes fois il nous a été donné de n'obtenir aucun renseignement nous permettant de faire un diagnostic rétrospectif de syphilis, ni de ne retrouver aucun autre stigmate de la diathèse spécifique autre que « le collier de Vénus ». Mais, au contraire, nous avons constaté concomitamment avec cette lésion cutanée, toutes les manifestations néfastes de la syphilis sur la grossesse. C'était tantôt de l'hydramnios compliquant la

grossesse, amenant des fausses couches ; tantôt l'accouchement se faisait prématurément, avec enfant ou mort-né ou porteur d'hérédo-syphilis. Il nous suffit de jeter un coup d'œil sur les observations déjà mentionnées.

Ou bien à côté des méfaits de la vérole sur la femme enceinte, souvent il ne nous reste pour reconstituer l'histoire de la parturiente rien que le « Collier de Vénus », plus un placenta dont le poids excédait la moyenne qui est du sixième du poids de l'enfant, c'est-à-dire qu'il pesait tantôt le quart, le tiers, ou même la moitié. En plus de ce gros volume, très souvent il se présentait avec un aspect tout particulier de pâleur et de décoloration qui sont bien en rapport avec l'infection spécifique.

Qu'on veuille bien nous permettre de citer quelques observations que nous croyons typiques à ce point de vue :

Observation XXIX (personnelle)

Françoise T..., 23 ans, couturière, entre le 8 mars 1903 à la maternité Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort tuberculeux, mère bien portante.

Antécédents personnels : Nuls.

Antécédents obstétricaux : Primipare.

Entrée pour la grossesse actuelle, en est à son 6e mois.

A l'interrogatoire, rien qui puisse faire supposer la syphilis.

Quelques vagues maux de gorge, mais 10 ans auparavant.

Son mari serait assez bien portant, en tout cas n'aurait eu aucune maladie paraissant évoquer l'idée de vérole.

A l'inspection, rien de spécial ; femme un peu fatiguée, émaciée, léger excès de volume du ventre en disproportion avec l'âge de la grossesse. Mais sans trouver beaucoup de liquide, on croit qu'il y a cœxistence d'une tumeur abdominale ; ni papules, ni roséole, ni plaques muqueuses ; et cependant, une syphilis pigmentaire nette sur les côtés latéraux du cou.

Donc, au moment où nous l'examinons, rien en dehors du collier ; et comme elle est un peu cachectique, on pourrait les mettre sur le compte de la tuberculose ; non, 15 mois après nous revoyons la malade au service où elle a fait une fausse couche de 6 mois 1/2 ; le placenta pesait le tiers du fœtus.

Observation XXX (personnelle).

Louise R..., 33 ans, comptable, entre le 10 avril 1903 au service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Père mort maladie de foie, mère morte maladie de cœur.

Antécédents personnels : Variole à 5 ans et bronchite à répétition.

Antécédents obstétricaux : VI pare.

Toute les grossesses à terme ; sur 5 enfants, 3 survivants, bien portants ; 2 morts, l'un de méningite, l'autre mort cause inconnue.

Elle entre pour une sixième grossesse qui est à son 7e mois d'évolution.

A l'interrogatoire, rien qui permet d'affirmer la syphilis. On peut la soupçonner sur le fait que la femme avait eu quelques boutons sur le corps, mais qui ont disparu à la suite d'un traitement en ville, au moyen d'une pommade jaune, dit-elle. Son

mari, lui, était déjà à l'hôpital, à l'Hôtel-Dieu. en traitement pour maladie de foie.

A l'examen, on est en présence d'une femme vigoureuse, ayant l'air bien portante; on ne constata ni papule, ni roséole ; n'a pas perdu ses cheveux, pas de ganglions, ni ulcération aux parties génitales extrêmes ; cependant, à la commissure lobiale, une fissure mais dont le diagnostic ne peut pas être fait d'une manière précise. Et sur le cou, de très vagues anastomoses brunâtres sur lesquelles on se base pour diagnostiquer la vérole. 14 jours plus tard, la femme accouche d'un enfant mort et macéré ; on a été amené à suspecter la syphilis par suite de l'extinction des bruits du cœur du fœtus.

Observation XXXI (Personnelle).

Jeanne B..., 37 ans, caissière, entre le 6 juin 1903 au service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels ; Nuls.

Antécédents obstétricaux : IVpare. Trois premières grossesses à terme ; enfants vivants, bien portants. Même père pour les quatre grossesses. Entre pour une quatrième grossesse. Accouche le lendemain de son entrée d'un enfant vivant avec pied bot et pemphigus plantaire ; le placenta pèse 76 grammes, l'enfant 2.800 grammes.

Ce n'est qu'après cet accouchement que nous prenons l'observation, l'attention n'ayant pas été attirée plus particulièrement sur la malade avant ses couches.

A l'interrogatoire, rien de bien spécial, un eczéma guéri maintenant, soigné à l'hôpital Saint-Louis, à en juger d'après le traitement qui y a été appliqué.

Son mari serait vigoureux et très bien portant.

A l'inspection du corps, rien de particulier, on ne constate ni plaques muqueuses, ni roséole, ni aucune autre trace de spécificité ; a eu, il est vrai, des maux de tête, mais qui furent calmés au moyen de la phénacéture et c'est tout ; cependant, sur le cou, surtout du côté droit, trois grosses taches pigmentaires disposées en feuille de trèfle, et, de même, du coté gauche, un peu en arrière mais plus discrètement.

Nous pourrions multiplier encore nos observations, mais nous croyons avoir donné une impression suffisamment convaincante au sujet de cet *isolement* de la syphilide pigmentaire du cou sans autres stigmates spécifiques adventices. Il nous semblait que cette question méritait de fixer notre attention, à cause de l'intérêt tout particulier qui s'attache à l'établissement d'un diagnostic précoce de syphilis chez la femme enceinte.

Nous allons maintenant voir rapidement quelle est l'évolution de cette singulière lésion.

Une fois constituée, que devient-elle ?

Elle garde tous ses caractères, reste stable sans adjonction d'aucun autre symptôme, ni desquammation, ni douleur, ni prurit, elle reste stationnaire et n'a aucune tendance à s'accroître, à gagner, par exemple, les régions voisines.

C'est une lésion essentiellement *durable*. Elle persiste longtemps, très longtemps, ce qui n'a pas lieu pour les autres syphilides secondaires, qui n'ont qu'un temps relativement limité d'évolution. Et cette durée est même telle pour la syphilide pigmentaire qu'il y a une véritable difficulté pratique à la fixer, et cela tient à ce que les malades, à peu près guéries de leurs autres affections

spécifiques, quittent toutes les services ou cabinets de médecins avant d'être débarrassées du « collier de Vénus » ; les médecins les perdent de vue.

Et le professeur Fournier avoue ignorer la durée moyenne de la lésion. « Tout ce qu'on peut dire, c'est que la durée est longue, très longue, et que, au bas mot, elle excède un an et demi à deux ans et qu'elle est susceptible de dépasser ce terme. »

ETIOLOGIE

Après tous les travaux produits sur cette affection, il n'est plus contestable maintenant qu'elle est sous la dépendance de la syphilis. Si celle-ci n'existait pas, la lésion cutanée n'apparaîtrait pas.

Il y a cependant quelques auteurs allemands, Kaposi, Riehl, qui ne croient pas devoir déclarer que cette forme de leucodermie soit absolument et exclusivement de nature syphilitique, se basant pour cette opinion sur de nombreuses recherches qui leur ont permis de constater une sorte de leucopathie *idiopathique*.

Mais la plupart des auteurs assignent à cette dyschromie, la syphilis comme cause déterminante.

Nous croyons nous être suffisamment étendu sur la question de la *fréquence*, dans le précédent chapitre pour ne plus y revenir.

Nous dirons seulement qu'en règle générale, cette manifestation syphilitique est probablement encore plus répandue qu'on a l'habitude de le dire, car il est à supposer qu'un nombre de cas ont été méconnus à cause de la teinte, de la carnation générale, brune ou foncée, circonstance qui voile la netteté du phénomène. Enfin,

nous avons vu plus haut que pour mettre en évidence quelques syphilides pigmentaires imprécises du cou, il faut avoir recours à un artifice d'éclairage qui consiste à n'employer qu'un jour frisé et à observer la malade de profil.

Il n'est pas contestable que nombre de syphilides pigmentaires en frappant de prime abord l'observateur, ont dû ainsi passer inaperçues et, par conséquent, échapper à l'évaluation de la fréquence.

Et pourquoi, maintenant, cette prédisposition toute spéciale de la femme pour ce signe ?

D'aucuns attribuent à la finesse de la peau chez elle un certain rôle pour l'apparition du symptôme d'autres voient dans la transparence de la peau, une cause adjuvante pour la production du phenomène.

C'est une hypothèse non démontrée.

Une théorie pathogénique plus séduisante est celle qui invoquant la bilatéralité, la symétrie de la syphilide pigmentaire sur le cou, met en cause les centres trophiques du système nerveux. Nous savons, en effet, et M. le professeur Gaucher l'a démontré dans un article paru en 1900, dans la *Revue de Médecine*, sur « l'étiologie du Vitiligo », combien facilement le système nerveux, saturé de toxines de toutes espèces, est disposé à amener des troubles trophiques du côté de la peau, et les exemples de Vitiligo, dont parle le professeur Gaucher, en sont une preuve manifeste ; de plus, on se rappellera le large part que nous avons fait au processus vitiligineux dans la genèse de la syphilide pigmentaire du cou. Quoi d'étonnant à ce que la syphilide pigmentaire du cou ait

une tendance toute élective à s'installer de préférence chez la femme dont le système nerveux, très impressionnable, réagit plus facilement à la pénétration des toxines ?

Et nous, nous étant longuement appesanti sur ce point dans le précédent chapitre, nous nous permettrons, peut-être présomptueusement, de déclarer que si le « Collier de Vénus » se retrouve si constamment chez la femme, c'est qu'elle passe par cet état d'auto-intoxication spéciale à propriété chromatogène qui est la *grossesse*.

Et cette localisation toute spéciale sur le cou, comment l'expliquer ?

Elle serait due, d'après Ehrmann, à ce fait que le cou, ainsi d'ailleurs que la partie antérieure des aisselles et la face interne des cuisses, qui sont normalement hyperpigmentés, feraient ressortir plus nettement pour peu qu'il s'y fasse un travail régressif de dépigmentation, le réseau, la dentelle classique.

DIAGNOSTIC

Le « Collier de Vénus » ne présentant rien de *bien individuel* dans sa physionomie au cours de la grossesse, nous sommes obligés de faire le diagnostic de la syphilide pigmentaire du cou avec les affections qui lui ressemblent comme si la grossesse n'existait pas.

Il est peu d'affections en dermatologie dont l'image se grave plus aisément dans la mémoire que la syphilide pigmentaire du cou ; et il suffit, nous semble-t-il, d'en avoir observé quelques-unes de bien nettes pour qu'aucune confusion ne s'établisse dans notre esprit.

C'est qu'en effet, dans la majeure partie des cas, le diagnostic s'impose. Rien n'est plus frappant, plus caractéristique, que cette dyschromie si bizarre. Cette circularité des ilôts blancs entourée de taches foncées, cette localisation spéciale au cou, cette absence de prurit, la desquamation permettent facilement d'éviter l'erreur.

Nous n'hésiterons certainement pas, par exemple, devant cette teinte brune, uniforme, diffuse, que l'on rencontre parfois chez les matelots et les paysans, expo-

sés à la chaleur ou aux rayons solaires ; ici, point de taches claires circulaires enclavées par des anastomoses plus foncées ; et si l'on en trouve sur eux, ce n'est que par un pur hasard qu'elles affectent la forme circulaire qui est au contraire presque constante, systématique dans la syphilide pigmentaire du cou.

Le lentigo, ou taches de rousseur, siège plutôt à la face et les joues ; ces taches sont arrondies, jaunes et isolées.

Le chloasma utérin est disposé circulairement sur la face avec prédominance sur la région frontale, enfin, sa coloration est plutôt jaunâtre.

Les éphélides qui occupent de larges surfaces (mélanisme), sont le plus souvent consécutives à des dermatoses généralisées ou à des maladies générales, ces chromodermies ne suscitent aucune hésitation.

Il y a une affection cutanée qui pourrait, de loin, en imposer pour la leucodermie syphilitique. C'est le *pityriasis versicolor* ; mais si parfois il empiète sur le cou, il a une tendance particulière à rester confiné sur le tronc, le dos, où il débute par un nombre variable de petits points arrondis, bien délimités, de la grossseur d'une tête d'épingle, et de la couleur *café au lait*, quelque fois un peu prurigineux. Ces tâches, tout en augmentant de volume, gardent leur aspect primitif arrondi et arrivent, par confluence, à former des placards irréguliers. Mais surtout pour lever tous les doutes, nous aurons comme élément de diagnostic le prurit qu'accuse le malade, et souvent, la sensation de douleur à la région envahie. Enfin, un coup d'ongle donné sur l'érup-

tion, détache une fine squame, furfuracée, et pour terminer l'examen microscopique en établissant la nature parasitaire de la lésion, tranchera le diagnostic.

Le *vitiligo* affecte comme siège le dos des mains et le tronc. Le contour des plaques est irrégulier, et nous avons dans le vitiligo, une dépigmentation telle que la région atteinte fait un contraste trop net avec le reste des téguments pour que, un doute soit possible.

Il est une dernière modification des téguments et en particulier du cou, à laquelle nous avons fait allusion dans un des chapitres précédents et dont la configmation est telle que son image est souvent identique à la syphilide pigmentaire, nous voulons désigner par là, « la malpropreté », *la crasse*, selon le mot de M. Fournier,

Mais, généralement, on est vite édifié sur la nature de cette modification cutanée par sa concordance avec un aspect général sordide. De plus, dans les cas scabreux un savonage mettrait fin au doute.

La syphilide pigmentaire du cou est donc comme nous le voyons, une manifestation de la syphilis unique dans son genre, et ce qu'il y a d'intéressant dans elle, quand surtout elle est bien *sortie*, c'est qu'elle dénonce la vérole de loin; souvent on fait le diagnostic à distance sans autre examen préalable, elle réalise pour ainsi dire la *signature* de la diathèse spécifique sur *le cou*.

PRONOSTIC

La syphilide pigmentaire du cou ne comporte par elle-même aucun pronostic grave; elle n'offre d'autre gravité que celle de la syphilis qu'elle atteste.

Chez beaucoup de malades, du moins chez ceux qui forment le contingent habituel des services hospitaliers, la lésion passe inaperçue jusqu'au jour où le médecin la révèle aux malades; mais, par contre, sa longue durée fait parfois le désespoir des femmes coquettes et c'est là son plus grand inconvénient, mais que l'ingéniosité féminine jamais à court d'expédients, parvient à masquer au moyen d'un artifice de toilette ou de quelque maquillage.

Donc, comme on le voit, si cet aspect parfois disgracieux de la région cervicale préoccupe parfois la malade atteinte dans sa seule coquetterie, la dyschromie en elle-même n'asssombrit pas le pronostic de la vérole. Si sa durée est longue, au moins aura-t-elle respecté l'intégrité de la peau, qui, après sa disparition, n'offre aucune ride, aucune désorganisation dans son apparence extérieure. Cependant, on peut ajouter que très souvent elle est l'apanage d'une certaine catégorie de malades ner-

veuses, et que, il faudra toujours en conséquence porter notre attention sur les complications nerveuses ultérieures possibles et d'origine syphilitique. Et au dire même du docteur Leloir, de Lille (clinique Saint-Sauveur, 1885), elle serait le témoignage d'une vérole maligne ; surtout la syphilide pigmentaire secondaire, celle qui serait consécutive à des lésions spécifiques secondaires.

TRAITEMENT

On peut guérir généralement l'affection cutanée, mais après une très longue période qui ne demande pas moins de deux ans. La pigmentation s'efface à la longue, et chose curieuse, elle résiste à l'action de tous les médicaments spécifiques. Tous les accidents de la syphilis sont heureusement influencés par la médication mercurielle et l'iodure ; l'empreinte pigmentaire, le collier de Vénus au contraire persiste, elle est comme figée dans l'épaisseur des téguments. Que conclure de ces faits ?

La première idée qui vient à l'esprit est évidemment celle qui attribue à la lésion une autre origine que la syphilis ; et nous avons vu, d'ailleurs, plus haut, que certains auteurs, Kaposi, par exemple, se basent justement sur cette constatation pour nier la nature spécifique de la syphilide. Mais il s'agit de s'entendre ici ; si l'on s'accorde à faire de la lésion cutanée une manifestation spécifique au même titre qu'une plaque muqueuse ou une syphilide secondaire, on avance une assestion qui n'est pas adéquate à la réalité des faits ; car, que trouvons-nous histologiquement dans les taches ? Plus

aucune des réactions scléreuses qui caractérisent si nettement les lésions spécifiques, infiltrations embryonnaires paravasculaires et organisation sclérogène, donc, il y a quelque chose de changé, de spécial dans cette manifestation spécifique. Va-t-on, au contraire, se prévaloir de ces faits pour dénier à cette affection tout lien, toute connexité avec la diathèse spécifique ? Cela constituerait une opinion encore plus erronée. Car on a vu plus haut, pas de syphilis, pas de leucomélanodermie en forme de réseau, de dentelle avec îlots polycycliques. Comme presque toujours la vérité est entre les deux théories. La syphilide pigmentaire est une *affection parasyphilitique*, selon le terme créé par le professeur Fournier ; la lésion s'installe à l'occasion de la syphilis ; la toxine spécifique est à coup sûr nécessaire à la production de la leucomélanodermie, mais dans la genèse de la syphilide pigmentaire il s'est passé encore *autre chose* que pour la formation des autres manifestations spécifiques secondaires.

Et si nous avons insisté sur ce point particulier, c'est que nous avons été à même de constater une fois de plus la véracité de la conception de la nature parasyphilitique de la lésion pigmentaire si nettement exposé déjà par le professeur Fournier.

Nous avons observé à la maternité de Lariboisière des femmes enceintes nettement entachées de syphilis qui venaient s'y faire traiter (piqûres, huile grise), et dont peu à peu toutes les manifestations spécifiques, plaques muqueuses, roséole, céphalalgie, rétrocédaient, sauf naturellement le collier de Vénus, et nous les avons vues

accoucher d'enfants bien constitués sans tare spécifique héréditaires ; enfants qui s'élevaient bien et n'offrant aucune trace de syphilis pendant les onze jours qu'ils séjournaient a la crèche. Rien donc de si frappant que ces constatations d'une femme syphilitique, voyant disparaître peu à peu ses manifestations spécifiques, mettant au monde un enfant bien portant jouissant d'une santé parfaite sans la moindre trace d'hérédo-syphilis ; tandis que la mère gardait inaltérablement le collier de Vénus.

N'a-t-on pas ici la preuve en mains, tangible, de la nature parasyphilitique de la syphilide pigmentaire du cou ?

Donnons quelques exemples à l'appui de ces faits :

Observation XXXI (Personnelle)

Louise Th..., 23 ans, ménagère, entre le 6 mai 1903, à la maternité de Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Père mort paralytique, mère bien portante.

Antécédents personnels : Rien de bien spécial.

Antécédents obstétricaux : VI pare.

Première grossesse, se termina par fausse couche de trois mois.

Deuxième grossesse, met au monde prématurément enfant mort et macéré.

Troisième grossesse, à terme ; mais enfant meurt deux jours après naissance avec *ictère*.

Quatrième grossesse, grossesse actuelle, vient pour la première fois à la clinique, met au monde, le 8 mai, un enfant bien portant, pesant 4.040 grammes, placenta, 560 grammes, et s'élève très bien.

A l'interrogatoire, on peut soupçonner déjà la syphilis, si l'on ne tenait la preuve par le passé obstétrical de la femme ; car elle raconte avoir eu des boutons aux parties génitales externes et aussi sur le corps quelques temps après. Le premier accident paraît remonter à un an et demi. Son mari se soigne d'ailleurs en ville.

Ajoutons que la malade est venue cinq mois avant son accouchement, chaque semaine, se faire traiter par piqûres d'huile grise.

A l'examen, plus aucune trace de syphilis, et à l'heure où nous prenons l'observation la femme est déjà accouchée. Rien ne persiste de sa vérole, que le collier de Vénus dont on perçoit le réseau de loin.

Observation XXXII (Personnelle.)

Yvonne L..., 25 ans, cartonnière, entre le 8 avril 1903, à la Maternité Lariboisière.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Une fièvre typhoïde à 19 ans.

Antécédents obstétricaux, III pare, première grossesse à terme, enfant vivant bien portant ; deuxième grossesse fausse couche à Lariboisière, vient depuis se faire soigner à Lariboisière ; troisième gossesse ; est celle pour laquelle elle entre.

Nous avons vu la malade, le 7 février, alors qu'elle était à son 7e mois de grossesse ; nous constations alors la syphilide pigmentaire du cou.

Rien à l'interrogatoire ne permet de soupçonner la syphilis ; aucun renseignement en ce qui concerne son mari qu'elle ne voit plus depuis sa dernière grossesse.

A l'examen aucun stigmate spécifique ; ajoutons que la malade dit avoir perdu un peu plus les cheveux que les années précédentes.

Puis nous la revoyons 2 mois après dans la salle de travail ; ici, à l'examen, toujours le collier de Vénus, avec ses mêmes caractères. Le lendemain accouche d'un enfant parfaitement bien constitué, sain, que la mère élève au sein pas de traces de tare spécifique. Nous avons suivi cet enfant pendant son séjour de onze jours à l'hôpital, sans que jamais nous ayons surpris une trace d'hérédo-syphilis.

Observation XXXIII (Personnelle.)

Berthe L..., 36 ans, cuisinière, entre le 3 novembre 1903, au service de M. Bonnaire.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'un cancer, père mort alcoolique.

Antécédents personnels : Rien de particulier.

Antécédents obstétricaux : IV pare, 2 premières grossesses à terme enfant vivant, bien portants, élevés au sein ; troisième grossesse fausse couche de 5 mois à la Lariboisière ; quatrième grossesse pour laquelle elle entre.

Pères différents pour les 2 dernières grossesses.

La malade vient se faire traiter pour sa syphilis chaque semaine depuis sa dernière fausse couche, on se basait alors sur cet unique fait pour soupçonner la syphilis chez elle ; car ni elle, ni son mari n'auraient été contaminés, d'après son dire, cependant, actuellement on aperçoit une belle syphilide pigmentaire du cou, à droite plus accusée qu'à gauche.

Nous la voyons 4 jours après son accouchement, c'était sa quatrième grossesse qu'elle a menée à terme ; l'enfant pésant en venant au monde 3.000 grammes, bien portant et le placenta 580 grammes.

La mère a donc conservé son collier de Vénus, n'ayant laisser aucune autre trace de syphilis.

Nous avons recueilli encore d'autres observations à ce sujet, mais un peu moins probantes, nous n'avons donc pas cru devoir les noter ici. Mais, il nous semble que ces trois faits sont des témoignages suffisamment démonstratifs pour démontrer une fois de plus que la syphilide pigmentaire du cou est une *lésion parasyphilitique*.

Et comment disparaît alors plus tard ce pigment ?

C'est par un travail de desquamation, il y a renouvellement des différentes couches de la peau, il faut que le pigment épidermique soit poussé à l'extérieur par la « croissance centrifuge de cellules nouvelles et tant que la nutrition n'aura pas modifié les tissus, dépositaires, il restera apparent. »

Neisser dit que la leucodermie syphilitique ne cède pas à la médication spécifique parce que c'est un « processus de cicatrication plutôt qu'une conséquence directe de l'infection. »

Tauturri dit « que le temps seul serait le médecin de la syphilide pigmentaire ».

Nous croyons que c'est là la vérité.

Mais indiquons cependant les différents traitements locaux préconisés :

Unna recommande le collodion au sublimé à 1/2 à 1 0/0.

Schwimmer a recours aux frictions mercurielles. Le

mercure agit-il ici localement par destruction directe du pigment anormalement accumulé dans les tissus ? Nous ne le croyons pas ; la friction exercée à cet endroit agirait plus à notre avis par destruction des couches superficielles.

Le professeur Leloir, de Lille, se trouve bien du topique suivant : mélange de 15 parties d'acide chrysophanique dans 100 parties de chloroforme ; on fait plusieurs applications de cette solution sur la région atteinte, on recouvre après dessication d'une couche de traumaticine et on renouvelle les applications quand les squames et placards se détachent.

On peut encore ajouter après ces applications, une solution étendue de bichlorure.

Mais est-ce tout ? Non.

Tant que subsiste la syphilide pigmentaire du cou, ce *témoin* constant de l'infection spécifique, il faut que le médecin continue à appliquer le traitement spécifique général, car tous ces topiques appliqués sur le collier de Vénus, ne doivent pas faire oublier au médecin et au malade que c'est bien plus la maladie *cachée* qu'il faut traiter que cette lésion pigmentaire *apparente*, mais si anodine.

Pour terminer notre travail, nous croyons que nous ne saurions être mieux inspiré, étant donnée la nécessité du traitement général, que de reproduire ici, le mode de traitement tout spécial dans l'espèce que le professeur Gaucher a si lumineusement indiqué dans le *Bulletin de la Société médicale de Paris*, 1901. Le professeur Gaucher nous rappelle la nécessité qu'il y a à veiller tout particulièrement à l'application de cette méthode un peu spé-

ciale, vu la gravité ordinaire du pronostic de la vérole chez les femmes enceintes, et si jusqu'à l'instauration de ce nouveau procédé de traitement, les femmes ont fait si fréquemment des fausses couches accouché de fœtus morts et macérés, ou enfin ont mis au monde des enfants porteurs de tares d'hérédo-syphilis et qui mouraient quelque temps après la naissance, c'est qu'il faut certainement incriminer le mode vicieux d'administration du mercure; et grâce à l'innovation, si heureuse du professeur Gaucher, grâce au perfectionnement apporté par ses soins à la cure de la syphilis par injections sous-cutanées, on peut conjurer aujourd'hui tous les méfaits de la vérole chez les femmes enceintes.

« Si le traitement anti syphilitique est institué assez tôt, s'il est régulièrement suivi, si l'on emploie pour ce traitement une préparation mercurielle et un mode d'administration de cette préparation assez actifs, le pronostic de la syphilis fœtale n'est pas aussi grave qu'on le croit généralement. Et même l'expérience a prouvé que, grâce à la médication mercurielle bien appliquée, non seulement on peut supprimer les stigmates spécifiques chez la progéniture, mais encore, obtenir des enfants sains, robustes, parfaitement bien constitués et souvent même qui dépassent en force et en vigueur, les enfants non syphilitiques. »

I. Choix de la préparation mercurielle

Il faut, pour qu'une préparation soit efficace, qu'avant tout elle soit facilement absorbable, il y a donc lieu

de n'administrer, quelque soit la voie, buccale ou sous-cutanée, que des sels mercuriels solubles.

Ainsi, pour l'usage interne, on fera usage avec succès de la préparation suivante :

Bichlorue d'hydrargyre . . . } Extrait thébaïque . . . . . }	ââ 0,01
Poudre de savon médicinal } Glycérine . . . . . }	a à q. s.

pour 1 pilule; le malade en prendra 2 par jour.

Si l'on veut introduire le mercure par voie sous-cutanée on aura recours au benzoate de mercure en faisant quotidiennement 2 injections d'une seringue de Pravaz ou mieux une injection contenant 2 grammes, d'après la formule suivante :

Benzoate de hydrargyre.	0,60 centigrammes.
— d'ammoniac.	3 grammes.
— de Cocaïne..	0.15 centigrammes.
Eau.....	60 cmc.

Enfin, si pour des raisons spéciales il est nécessaire de suspendre le traitement mercuriel quotidien, on pourra faire chaque semaine une injection intra-musculaire d'une préparation mercurielle insoluble, l'huile grise.

Il est bon d'associer à cette médication l'iodure de potassium.

II. Règle d'administration

Il est certain que la méthode de choix est celle qui consiste à faire des injections mercurielles sous-cutanées, l'absorption y étant intégrale et rapide, de plus pour éviter les abcès si fréquents dans le tissu cellulaire sous-cutané, il faut d'emblée plonger l'aiguille dans les masses musculaires profondes (les fessiers ordinairement) et faire d'une fois l'injection de 2 cc. pour éviter de recharger la seringue.

Mais il faut que ce traitement remplisse d'autres conditions pour être tout à fait actif.

« Il doit être aussi rapproché que possible du début de la grossesse, lorsque la syphilis est antérieure à la conception, aussitôt que possible après la contamination lorsque celle-ci est postérieure à la conception. Plus en effet, le traitement est précoce, plus l'embryon, plus le fœtus en ressentent pour eux-mêmes les effets prophylactiques et curatifs. »

« Commencé assez tôt, le traitement doit être continué d'une façon ininterrompue pendant toute la grossesse. »

On alternera avec les pilules, afin d'éviter à la fois les troubles digestifs et les lésions sous-cutanées locales tout en réservant aux inspections hypodermiques la plus grande étendue à temps, et enfin voici comment on procédera :

Injections de benzoate de mercure, 1 mois.

Pilules de sublimé 15 à 20 jours.

Repos 10 à 15 jours, pour une période de 2 mois ; et ainsi de suite jusqu'à la fin de la grossesse.

CONCLUSIONS

Voici quelles sont les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de notre travail.

1. Plus grande fréquence de la syphilide pigmentaire du cou chez les femmes enceintes que chez les femmes non enceintes.

2. Grande valeur seméiologique du collier de Vénus, tirée de l'existence souvent unique, isolée de ce stigmate syphilique en dehors de toute autre manifestation spécifique.

3. Propriété quasi *spécifique* de la grossesse à provoquer la pigmentation et par conséquent dans le cas particulier à accentuer la syphilide pigmentaire du cou.

4. Teinte plus sombre des anastomoses du réseau du collier chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas.

5. Nouvelle preuve de la nature *para-syphilitique* de

la lésion par la possibilité pour les femmes de mener leur grossesse à terme et d'accoucher d'enfants vivants et bien portants.

Le Président de Thèse
E. GAUCHER.

Vu : Le Doyen
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atkinson. — Syphilide pigmentaire. *Chicago medi. journal*, octob. 1878.

Audry (de Lyon). — Syphilide pigmentaire généralisée. Examen histologique des taches. *Annales de dermatologie*, 1890, p. 185.

Balzer. — *Annales de dermatologie*, 1898, décembre 1899, mai 1900.

Barcat. — *Thèse*, Paris 1901.

Bazin. — Leçon sur la syphilis et syphilide.

Bockhart. — Uber pigment syphilitcum, Monatschrift für praktische dermat., I, 1887.

Campbell. — Pigmentary syph. *Arch. of. dermat.*, 1878, p. 239.

Cressvell. — Syph. copper colourdes stain the Lancet, 1876, vol. II, p. 917.

Darier. — Syphilide pigmentaire. Soc. de derm., 12 mai 1898.

Drysdale. — Pygmentary syph. The Lancet, 1877, vol. II, p. 730, 826.

Dubois et Pajot. — Traité d'accouchement.

Ehrmann. — Physiologie et pathologie du pigment de la peau. Vierteljahr. für derm. und syphilis, 1887.

— Le pigment mélanique et les cellules mélaniques de la peau chez les vertèbrés. Cassel 1896.

— Société médicale de Vienne, 12 mars 1895.

Etienne (de Nancy). — Ephélides pigment du cou, manifestation unique de la syphilis.

Fisson. — De la syphilide pigmentaire. *Thèse*, Lille 1887.

Fournier. — Traitè de la syphilis.

— Affections parasyphilitiques. Paris 1899.

— Leçon sur la syphilis, en particulier chez la femme.

— Leucomelanodamie syphilitique. Soc. dermat., 8 juin 1893.

Fournier et Haury. — Syphilide achromique du cou. *Ann. d. dermat. et syphilis*. Paris 1898.

Fox (G.-H.). — Syphilide pigmentaire. *Revue de science méd.*, XIV, p. 387.

Fiveiski. — De la syphilide pigmentaire du cou au cours de la grossesse. Compte rendu du congrès de Méd., Moscou 1890.

Fatalli. — Histologie de la syph. pigm. *Giornali italiani della malatti veneri della pelle*, 1895.

Gaucher et Bernard. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. *Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris*, 1901, XIII, p. 135.

Gaucher et Milian. — Syphilide pigment., du cou, consécutive à une roséole circinée localisée au cou. Bull. soc. fr. de dermat. et syph., Paris 1903.

Gaucher. — Etiologie du vitiligo. *Revue de méd.*, décembre 1900.

Guibout. — Syphilide pig. modifiée par la grossesse. Rev. phot. d. hôp. de Paris, 1869.

Hallopeau. — Un cas de syph. pigm. Soc. d. dermat., 3 mai 1900.

Hardy. — Syph. pig. Leçon sur la syph. Paris 1853.

Halsund. — Leucodermie syph. Nordiskt médicins et ark, t. XVIII, 1885.

Hjelmann. — Zur Kenntniss des leucoderma. syph. dermat., Zeits. 1897, t. V.

Hulleu. — Sur l'installation de la syphilide pigm. du cou. Ann. d. dermat., Paris 1903, IV, 831-743.

Julien. — Soc. dermat., 11 avril 1892.

Jeannin. — Gazette hebdomad., 1894.

Kaposi. — Pathologie und thérapie. 1899-1900,

Lesser. — Leucoderma syphiliticum. *Ann. d. dermat.*, 1898, p. 190.

— Archiv. für syphi. pigment., 1900, 137.

Lewin. — Pigment. syph. de la nuque. Soc. Berlin. de dermat., 10 janvier 1893.

Maieff (de). — Etude de la syph. pigm. Congrès internat. derm., Paris 1880, p. 677.

Maireau. — De la syphilis pigmentaire. *Thèse*, Paris 1884.

Montmeja (de). — Syphilide papuleuse plate, modifié par la grossesse. France méd., Paris 1873, 331.

— Syphilide papuleuse plate, modifié par la grossesse. *Rev. phot. d. hôp.*, 1873.

Marliot. — De la pigmentation chez la femme enceinte. *Thèse*, Paris 1897.

Neisser. — Des leucoderma syphiliticum. Ann. dermat., 1885, p. 182.

Neumann. — Wiener medicinische blatter, 1885.

Pillon. — Exanthèmes syphilitiques. *Thèse*, Paris 1857.

Pirocchi. — Syph. discolorat. of the skin. Arch. f. Dermat., 1876, VIII, p. 82.

Raymond. — Arch. de physiologie, 1892.

— Reflexes nerveux.

Saintin. — La syphilis de pigm. *Thèse*. Nancy 1894.

Schwimmer. — Syph. pigm., 2 obs. *Rev. scien. méd.*, 1890, p. 792.

Tanturri. — De la syphilide pigm., à fond jaune. *Gaz. des hôp.*, 1866, p. 26 ; *Gaz. méd. de Paris*, 1865, p. 737.

Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchement.

Thibierge et Ravaut. — Syph. pigm. rappelant vitiligo. Bullet. soc. d. hôp., 1902.

Unna. — Histo. pathologie. Cer Hautverkrankheiten. 1894.

Taylor. — *The pigmentary syph., the New-York méd. journal*, 1898.

Tenneson. — Vitiligo et syphilis. *Ann. de dermat. et syph.*, Paris 1889.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)